

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância Turma nº 9**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes da ESF
Santa Catarina, Natal / RN**

Jorge Elias Pajaro Munoz

Pelotas, 2016

Jorge Elias Pajaro Munoz

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes da ESF
Santa Catarina, Natal / RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Fabiana Vargas Ferreira

Pelotas, 2016

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

M967m Muñoz, Jorge Elias Pajaro

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes da ESF Santa Catarina, Natal/RN / Jorge Elias Pajaro Muñoz; Fabiana Vargas Ferreira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

66 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Ferreira, Fabiana Vargas, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A minha família, que são o motor de minha vida

Agradecimentos

A minha orientadora pela caminhada e apoio durante o curso.

À equipe que se dedicou à intervenção.

Aos usuários participantes da intervenção pelo apoio e participação.

Resumo

Pajaro Munoz, Jorge Elias. **Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes da ESF Santa Catarina, Natal / RN.** 66f. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

As doenças crônicas não transmissíveis são um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano. No Brasil, 72% das mortes são atribuídas ao grupo de doenças, dentre elas, destacamos a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes *mellitus*. No município de Natal, na Unidade de Saúde Santa Catarina, foi realizada uma intervenção com objetivo de melhorar a atenção e assistência direcionadas aos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes. A intervenção ofertou ações nos quatro eixos pedagógicos do curso: organização e gestão do serviço; qualificação da prática clínica; monitoramento e avaliação e por fim, engajamento público. Na área de abrangência, são estimados pela vigitel 974 usuários com Hipertensão e 240 com Diabetes. A intervenção durou 12 semanas e os instrumentos usados para avaliar os indicadores de qualidade e de coberturas foram a ficha espelho e a planilha de coleta de dados. Para ofertar maior cuidado aos usuários, consultamos os Protocolos oficiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde os Cadernos nº 36 e 37 do Departamento de Atenção Básica Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes *mellitus* e Hipertensão Arterial, publicados em 2013 pelo Ministério da Saúde. Antes da intervenção, não havia acompanhamento adequado dos usuários, não havia registro sistematizado e atualizado e não havia atividades de prevenção e promoção de saúde. Conseguimos cadastrar 370 usuários com Hipertensão (cobertura de 38%) e 121 usuários com Diabetes (cobertura de 50,4%). Realizamos exame clínico apropriado em todos os usuários, melhoramos o registro, realizamos atividades coletivas de prevenção e orientamos todos os usuários sobre atividade física regular, alimentação saudável, riscos que o tabagismo traz e higiene bucal. Para ofertar atenção e assistência qualificadas, contamos com profissionais médico, enfermeira, técnicas de enfermagem, agentes comunitários de saúde, os quais todos foram dedicados e a comunidade está mais satisfeita com o serviço oferecido pela Unidade de Saúde. Os resultados mostraram que é necessário continuar ativamente na busca de hipertensos e/ou diabéticos; além disso, propiciar a manutenção da qualificação do serviço, objetivando ofertar um cuidado mais qualitativo, efetivo e resolutivo para todos, sem distinção.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; Hipertensão Arterial; Diabetes mellitus; comunidade).

Lista de Figuras

Figura 1	Entrega de material informativo realizada no Centro Comercial	45
Figura 2	Fôlder informativo	45
Figura 3	Gráfico indicativo da Proporção da Cobertura do Programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	46
Figura 4	Gráfico indicativo da Proporção da Cobertura do Programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	46
Figura 5	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos e Diabéticos faltosos às consultas médicas	51
Figura 6	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular	52
Figura 7	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular	53

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
EaD	Educação à Distância
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA e Diabéticos	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PN	Pré-Natal
RN	Rio Grande do Norte
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	15
2 Análise Estratégica	16
2.1 Justificativa	16
2.2 Objetivos e metas	18
2.2.1 Objetivo geral	18
2.2.2 Objetivos específicos e metas	18
2.3 Metodologia	20
2.3.1 Detalhamento das ações	20
2.3.2 Indicadores	31
2.3.3 Logística	38
2.3.4 Cronograma	41
3 Relatório da Intervenção	42
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	42
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	44
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	44
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	45
4 Avaliação da intervenção	45
4.1 Resultados	45
4.2 Discussão	52
5 Relatório da intervenção para gestores	54
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	56
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	57
Referências	59
Anexos	60

Apresentação

O presente volume consiste no Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EaD promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Realizou-se uma intervenção direcionada aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes *mellitus* (DM) no município de Natal, RN, intitulada “Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes da ESF Santa Catarina, Natal / RN”.

O volume está organizado em unidades de trabalho sequenciais e interligadas.

Unidade 1 - Análise Situacional foi realizado o reconhecimento do território através da Estrutura, Processo e Resultados.

Unidade 2 - Análise Estratégica com o objetivo de elaborar um projeto de intervenção.

Unidade 3 - Avaliação da intervenção com o objetivo de traçar um panorama da prática da intervenção na unidade semanalmente.

Unidade 4 - Avaliação dos Resultados da Intervenção expostos por meio da apresentação dos resultados alcançados na intervenção e sua discussão. Além disso, avaliaram-se também as potencialidades e fragilidades encontradas durante a intervenção.

Unidade 5 – Relatório para os Gestores.

Unidade 6 – Relatório para a Comunidade.

Unidade 7- Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem.

No final do volume, estão apresentados os seguintes itens: Referências Bibliográficas, Anexos e Apêndice.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Catarina, em Natal, Rio Grande do Norte (RN). Nossa área de abrangência tem uma população de 6,403 pessoas.

Minha UBS tem 29 trabalhadores no total, são os seguintes: dois médicos, duas enfermeiras, oito agentes comunitários de saúde (ACS), um farmacêutico, uma diretora, uma administradora, uma auxiliar de administração, duas pessoas da limpeza e três vigias. O horário de atendimento é das 7h 30min às 16 h, pois minha unidade fica em uma área de Natal (RN) de alto risco para trabalhar devido à pouca segurança.

Atendemos vários grupos populacionais, que incluem saúde da mulher, saúde do homem, usuários com HAS e DM, pré-natal (PN), puericultura ou saúde da criança. Realizamos visitas domiciliares, distribuímos medicamentos e trabalhamos com saúde bucal.

A saúde da mulher tem atendimento às quartas e sextas feiras; a saúde do homem tem atendimento todas as segundas-feiras pela manhã, acontecendo pela tarde avaliação dos usuários com hipertensão e diabetes. As crianças são assistidas todas as terças-feiras nos dois turnos. O pré-natal é feito nas quintas-feiras pela manhã e as visitas domiciliares para acamados, pessoas muito idosas e pessoas com limitações físicas são feitas pela tarde. A enfermeira faz visita domiciliar de puerpério.

Em minha unidade nós fazemos trabalho preventivo e curativo das doenças que padece nossa população na área de abrangência. No planejamento da unidade participam a direção da UBS junto com médicos e enfermeiras.

Temos duas equipes de trabalho, cada uma deve ter cinco agentes comunitários de saúde, mas momentaneamente faltam cobrir duas vagas. Depois que cada médico prescreve, os usuários podem pegar sua medicação em nossa farmácia e se não tivermos o medicamento, eles vão a uma farmácia popular.

A limpeza é feita por terceiros e o lixo especial é recolhido pela Secretaria da Saúde municipal.

Não fazemos reunião da equipe. Já foi comentado com a direção sobre a necessidade das reuniões para a definição do trabalho e estratégias para o bom atendimento, mas isso não é rotina. Também não há reuniões ou encontros com a

comunidade, nós só recebemos sugestões mediante entrega de bilhetes colocados em caixas que estão na recepção da unidade. O Conselho de Saúde também não funciona e pelo que sabemos, está em processo de criação e desenvolvimento.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A população de Natal, segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2014, é de 862,044 habitantes, apresentando uma densidade populacional de 4.734,07 habitantes/km². A principal fonte econômica está concentrada no setor terciário (comércio, educação e saúde) (IBGE, 2014).

O sistema de Saúde da Cidade de Natal é muito completo e oferece todos os serviços que a população precisa. A rede municipal de saúde é composta por 147 unidades, sendo 80 públicas municipais, 10 estaduais e 4 federais. De forma complementar, prestando serviço ao Sistema Único de Saúde (SUS), conta-se com 6 unidades filantrópicas e 47 unidades privadas contratadas. O sistema de saúde público de natal se divide em vários distritos: Norte 1, Norte 2, Sul, Leste e Oeste. Eles têm 55 unidades básicas de saúde, delas 14 sem Estratégia Saúde da Família (ESF) e 41 com este modelo. São 131 equipes de ESF distribuídas pelas 41 unidades, com cobertura de 52%.

Há Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (3) e 4 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Além disso, temos 5 policlínicas, 6 centros de Saúde Mental, um Centro destinado aos Idosos, à saúde do trabalhador e 2 centros materno-infantis. A rede hospitalar está composta por 1 municipal, 6 estaduais, 2 federais, 3 filantrópicos e 11 privados.

No que se refere a exames complementares, temos o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) que é um órgão vinculado à Secretaria Estadual de Saúde Pública, integrante da Rede Nacional de Laboratórios nas áreas de vigilância 51 epidemiológica, sanitária e ambiental em saúde, executando também, atividades de apoio complementar de diagnóstico de doenças e outros agravos. No Rio Grande do Norte, o LACEN está localizado na capital do Estado, atendendo à recomendação Ministerial e sendo referência para toda a unidade federada. O LACEN realiza exames imunobiológicos, virológicos, parasitológicos, bacteriológicos, microscópicos, biologia

molecular, bromatológicos (microbiológicos, microscópicos e físico-químicos) com análise de alimentos, água, sal, leite e derivados, além do teste do pezinho.

Em relação às urgências, em Natal, a estruturação dos serviços de urgência disponibiliza, no mínimo, uma unidade de atendimento pré-hospitalar fixo (prontoatendimento) de referência por distrito sanitário. Além desses serviços, outras unidades assistenciais realizam atendimento pré-hospitalar em regime de 24 horas, em função de características específicas da demanda, como o Pronto Socorro Infantil Sandra Celeste e Pronto Socorro Odontológico Morton Mariz.

A Unidade de Saúde Santa Catarina é do modelo ESF, localiza-se na região metropolitana de Natal com duas equipes, cada uma delas é formada por médico, enfermeira, 2 técnicos de enfermagem, uma dentista e auxiliar de saúde bucal e 4 agentes comunitários de Saúde. Em relação à estrutura, ela funciona em uma casa pequena de material de construção, com uma recepção, uma sala de espera, uma sala para vacinação, sala para consulta médica, de enfermagem e de odontologia, uma farmácia, uma sala para esterilização, um almoxarifado e uma área administrativa. Uma das deficiências da UBS é seu pequeno tamanho e não ter adaptação para atendimento de usuários com dificuldades e/ou limitações.

Outras deficiências que podemos relatar em relação à estrutura são: sem local específico para depósito e coleta de lixo, não há sala para nebulização, as cadeiras são inadequadas e desconfortáveis para os usuários, principalmente, idosos e gestantes e apesar de termos ventilação na UBS, as melhorias seriam importantes para qualificar ainda mais o atendimento aos usuários.

Em relação aos insumos, o material curativo é escasso, por exemplo, usuários com úlceras quando comparecem à UBS, muitas vezes, não são assistidos por falta de materiais; os dentistas também padecem de falta de material para trabalhar e isso, geralmente, leva a cancelamento de consultas. Os usuários quando precisam de medicamentos, procuram busca-los na Farmácia, porém, a quantidade não é suficiente para atender a demanda.

Em relação à demanda espontânea, não temos excesso na UBS. Procuramos seguir etapas para favorecer o usuário, como os ACS de plantão das duas equipes ficam na recepção e eles fazem o acolhimento, depois os usuários são encaminhados aos profissionais. Geralmente, os usuários com sintomas agudos são prioridade e os demais são agendados, de preferência, para o mesmo dia.

A população de abrangência da UBS é 6,403 pessoas, dividida em 2915 homens e 3488 mulheres. Cada equipe tem a sua responsabilidade 3,201 pessoas. Dos homens por idade temos a seguinte distribuição, entre os indivíduos do sexo masculino, 23 são menores de um ano, 265 têm de 15 a 19 anos, 403 têm 60 anos ou mais. Para as mulheres, são 13 crianças menores de um ano, 1123 de 20 a 39 anos e 601 de 60 anos ou mais.

Em relação às ações programáticas, o Programa de Saúde das Crianças ou Puericultura atende crianças de zero até 72 meses de idade. Todas as terças-feiras, realizamos atendimento das crianças. As consultas destinadas ao desenvolvimento e crescimento são agendadas pelos ACS e depois elas são assistidas pelo médico e enfermeira. Conversamos com os responsáveis sobre a importância de cumprir com o esquema de vacinação, a alimentação saudável, a prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses, a importância da saúde bucal, entre outros assuntos. Seguimos o protocolo e manual técnico do Ministério da Saúde. De acordo com o Caderno de Ações Programáticas (CAP), temos 93 crianças, sendo que 36 são cadastradas e acompanhadas pelo Programa (cobertura de 39%). A cobertura pode ser considerada baixa e os indicadores de qualidade também precisam ser qualificados. Temos somente 25 (69%) das crianças que estão com consultas em dia de acordo com o protocolo, 5 (14%) com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, 31 (86%) com teste do pezinho até sete dias e 28 (78%) com avaliação de saúde bucal. Após avaliação, temos que buscar ampliar a cobertura por meio da divulgação do Programa, realizar a busca ativa e reorganizar o registro, para termos dados mais confiáveis e precisos. O registro seria útil para o planejamento de ações e estratégias em saúde. Também devemos organizar grupos de educação, prevenção e promoção de saúde para que os pais (responsáveis) se conscientizem da importância do acompanhamento adequado para o crescimento e desenvolvimento dos filhos.

Em relação ao Pré-Natal e Puerpério, temos 96 gestantes e somente 16 (17%) são acompanhadas pelo Programa e 93 puérperas, acompanhadas 16 (cobertura de 17%). Os principais responsáveis pelo PN são as enfermeiras e médicos da ESF. Trabalhamos também com os ACS, pois eles fazem a busca ativa às gestantes e puérperas. A primeira atenção é realizada pela enfermeira, assim, a usuária já recebe a requisição de exames e recomendações iniciais, na mesma consulta, temos o

preenchimento do Cartão da gestante e a usuária já sai com a próxima consulta agendada. O atendimento segue o Manual do Ministério da Saúde e todas as avaliações são registradas nos prontuários, nas fichas de atendimento e cartão da gestante. Qualquer intercorrência é encaminhada aos ginecologistas e/ou urgências hospitalares. Buscamos reforçar a importância da avaliação de saúde bucal para as usuárias. Os indicadores de qualidade também precisam ser melhorados, pois só temos 14 (88%) das gestantes iniciaram o PN no primeiro trimestre, o mesmo valor para as gestantes que estão com consultas em dia conforme o protocolo e felizmente, todas com orientações sobre o aleitamento materno exclusivo. Em relação ao Puerpério, é fundamental melhorar a cobertura, pois estamos abaixo de 20%. É preciso realizar busca ativa, incentivar a participação das mulheres no serviço, bem como a importância do cuidado durante o Puerpério. Também considero importante termos um grupo de profissionais que faça o monitoramento adequado desta ação, bem como a realização de grupos com as usuárias a cada 15 dias para o engajamento público.

Em relação à Prevenção e Detecção do Câncer de Mama e de Colo Uterino, temos uma cobertura de somente 39% (624 mulheres) para Colo Uterino e 180 (37%) para Mama. As consultas destinadas às usuárias são realizadas todas as quartas e sextas-feiras. Nestas oportunidades, requisitam-se os exames citopatológicos (CP) e mamografia. A responsável pelo exame CP é a enfermeira e os resultados demoram, em média, 30 dias. As atividades da promoção e prevenção são desenvolvidas pelas enfermeiras e usamos o Protocolo disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Um grande entrave ao monitoramento é que não temos registros específicos, o que inviabiliza um adequado acompanhamento das usuárias. Por isso, não conseguimos preencher o CAP em relação aos indicadores de qualidade.

Em relação aos usuários com HAS e DM, segundo o CAP, temos 1327 usuários com HAS e somente 391 acompanhados (cobertura de 29%) e 379 com DM, 128 cadastrados e acompanhados pelo Programa (cobertura de 34%). Esta ação programática na UBS é bem desorganizada e não há atividades com os usuários para o engajamento público. Os usuários não têm acompanhamento adequado e o atendimento se limita a renovação e entrega de medicamentos. Eles não eram avaliados na consulta médica, só se limitava a troca de receitas. Os usuários entregavam suas receitas a arquivista para que os médicos atualizaram essa receita

que posteriormente os usuários pegavam outro dia. Não temos protocolo para o correto exame e acompanhamento; não há registro das ações realizadas inviabilizando o monitoramento e planejamento das ações. Quase a totalidade dos indicadores não puderam ser preenchidos, mas acreditamos que as ações de qualidade precisam ser qualificadas, já que a maioria dos usuários só comparece à UBS para coletar medicamentos. Para os usuários com DM, a situação é a mesma. Há necessidade de se aumentar a cobertura, qualificar as atividades de prevenção e promoção de saúde, realizar busca ativa aos usuários faltosos e principalmente, realizar os registros de todas as ações. Também penso que é necessário realizar reuniões da equipe para planejar e monitorar essas ações, pois HAS e DM são altamente prevalentes e causam impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos e suas famílias. A única informação que tínhamos era os registros da farmácia, que cadastrava os usuários das duas equipes com hipertensão e/ou diabetes que pegavam os medicamentos na unidade, pelo tanto o CAP foi preenchido utilizando essa informação.

Em relação à saúde dos idosos, o CAP estima 692 idosos na área e temos 508 acompanhados e cadastrados (cobertura de 73%). Infelizmente, assim como para outras ações programáticas, tivemos dificuldades de preencher os indicadores de qualidade. Só temos informações de aproximadamente 200 usuários, pois fazem acompanhamento na UBS e recebem orientações de alimentação saudável e atividade física regular. Além disso, estes mesmos 200 participam de atividades de lazer, como artesanato. Realizamos visitas domiciliares todas as semanas para os usuários acamados. É preciso qualificar também as consultas de avaliação médica e de enfermagem, já que geralmente, a atenção é voltada à parte aguda dos sintomas (queixa momentânea) e é preciso investigar mais profundamente o idoso.

Em relação à saúde bucal, conseguimos estimar que as equipes realizam, em média, 300 procedimentos por mês; em relação a atividades coletivas, as equipes realizaram somente uma atividade por semana, com participação de 10 usuários, em média. Há prioridade para atendimentos clínicos, então, é necessário desenvolver atividades coletivas com todos os grupos etários e os locais poderiam ser as escolas, na associação de moradores e na própria UBS.

A equipe tem grandes desafios a serem vencidos. Um deles seria a formação de reunião de equipe, assim, todos trabalhariam em conjunto, de acordo com

Protocolos oficiais e os usuários teriam melhor atenção e assistência. É necessário fomentar a sistematização das informações por meio da coleta de dados de forma sistemática, rotineira e gradual, ou seja, os registros bem preenchidos devem fazer parte da rotina e não ser considerados uma questão meramente burocrática.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Ao comparar os textos, claramente, após a Unidade de Análise Situacional, o conhecimento sobre a UBS foi se aprofundando, tanto em termos de estrutura, quanto de trabalho de equipe e atendimento aos usuários. Além disso, ao preencher os questionários, pude ver que algumas ações são melhor registradas do que outras, e que isso precisa ser discutido e valorizado, pois assim, teríamos condições melhores de avaliar o atendimento e priorizar as ações e grupos com maior necessidade.

Então, após o diagnóstico da UBS, as limitações, fragilidades e aspectos positivos ficaram mais conhecidos, assim, poderemos trabalhar com mais clareza e resolutividade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes mellitus são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no SUS. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS e a DM na origem de inúmeras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e, portanto, caracterizam-se como causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos, representando, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetida à diálise (BRASIL, 2013). Contextualizando com o município de Natal, estimativas da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (2012) mostraram que entre os adultos com idade igual ou superior a 18 anos de idade, 24,8% referem diagnóstico médico de HAS e para DM o resultado foi de 9% (BRASIL, 2014).

A ESF Santa Catarina localiza-se em Natal, na área urbana, é uma casa alugada e existe há 12 anos. Tem duas equipes de trabalho com os seguintes componentes em cada uma das equipes: um médico, uma enfermeira, quatro agentes comunitários de saúde, um dentista e um auxiliar de saúde bucal e uma técnica de enfermagem. A estrutura da UBS é pequena e os espaços são os seguintes: uma recepção (local da colocação dos arquivos), sala de triagem (pesquisa dos sinais vitais), a enfermeira conversa com os usuários para avaliar a queixa principal, temos uma sala de espera, quatro consultórios, sala de vacinas, banheiros para os funcionários e usuários, farmácia, consultório odontológico, sala da direção e auxiliar da gestão.

Do total das 6,403 pessoas de nossa área da abrangência, a quantidade de usuários com hipertensão ou diabetes, com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados pela UBS são 391 usuários com hipertensão e 128 usuários com diabetes, o que equivale a uma cobertura de 29% e 34%, respectivamente. A qualidade da atenção à saúde desta população é deficiente, e geralmente, os usuários só comparecem à UBS para renovar as receitas e coletar os medicamentos a cada três meses. Não há acompanhamento adequado para os usuários com HAS e DM e não há realização de atividades de educação, prevenção e promoção de saúde. Além

disso, os registros são inócuos, assim, temos dificuldades de monitorar as ações e principalmente, atuar preventivamente na saúde dos usuários.

É importante fazer esta intervenção com usuários com HAS e DM para melhorar a cobertura e qualidade das ações. Para o aumento das coberturas, é preciso qualificar o rastreamento, o diagnóstico, a busca pelos usuários faltosos e acompanhar bem os usuários, para que as atividades sejam bem executadas. Temos que organizar e monitorar uma agenda para os usuários, para que ao comparecerem à UBS possam realmente ser cuidados de acordo com protocolos oficiais, e assim, minimizar as consequências negativas das duas condições sobre a qualidade de vida deles e de suas famílias. Temos que incentivar a participação de todos os profissionais, assim, o usuário será cuidado de forma integral e resolutiva. As maiores dificuldades são em relação aos exames complementares, pois a lista de espera é grande. Assim, iremos buscar apoio dos gestores para que as dificuldades sejam minimizadas. Também incentivar a participação dos usuários, para que eles se conscientizem da importância do autocuidado e do correto acompanhamento realizado junto ao serviço da UBS.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *mellitus*, na UBS Santa Catarina, no município de Natal / RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Relativas ao Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes *mellitus* da Unidade de Saúde

Meta 2.1: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes *mellitus* da Unidade de Saúde.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Meta 2.4: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Relativas ao objetivo 5: Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde

Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Santa Catarina, no Município de Natal/RN. Participarão da intervenção (974 hipertensos e 240 diabéticos, faixa etária a partir dos 20 anos), conforme estimativas do VIGITEL.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de usuários hipertensos e/ou diabéticos.

1.1 Cadastrar 60% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica

1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes *mellitus* da Unidade de Saúde.

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ações: Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes *mellitus* da UBS.

Detalhamento: A enfermeira e o médico, semanalmente, revisarão os prontuários dos usuários maiores de 20 anos com diagnóstico de hipertensão ou diabetes (se disponíveis) e iremos avaliar o preenchimento da ficha espelho no momento da consulta. Adotaremos a Ficha espelho e a Planilha de Coleta de Dados, disponibilizadas pelo curso, sendo a primeira preenchida em cada consulta e a

Planilha preenchida semanalmente, sendo o responsável médico. Trabalharemos também com os ACS para a realização de busca ativa dos usuários faltosos.

Eixo Organização e gestão dos serviços:

Ações: Garantir o registro de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa; Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM; Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBS e Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste.

Detalhamento: Iremos trabalhar em conjunto para que os usuários saiam da UBS com registro adequado e atualizado; iremos priorizar atendimento aos usuários e continuaremos atendendo a demanda espontânea; os gestores e administrativo serão os responsáveis por garantir os insumos necessários aos exames. O acolhimento deverá ser realizado por todos da equipe, buscando otimizar e resolver as queixas dos usuários.

Eixo Engajamento público:

Ações: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes mellitus na UBS; Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Iremos trabalhar com educação em saúde por meio de palestras e atividades coletivas. O médico e enfermeira ficarão responsável por estas atividades e pretendemos contar com os outros colegas, como o dentista, se possível. Durante as visitas domiciliares (VD), os ACS poderão esclarecer a comunidade sobre a importância do diagnóstico precoce de HAS e DM e as consequências que elas podem trazer para a vida deles.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações: Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS; Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: O médico e a enfermeira irão fazer capacitações orientando sobre a forma adequada de mensurar a pressão arterial e uso adequado do manguito, realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mm/Hg. As capacitações ocorrerão na própria UBS em sala a ser cedida para tal atividade.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

- 2.1. Garantir aos 100% usuários cadastrados com hipertensão o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.
- 2.2. Garantir aos 100% usuários com diabetes cadastrados o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.
- 2.3. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada três meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).
- 2.4. Garantir a 100% dos Hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.5. Garantir a 100% dos Diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos Hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos Diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos Hipertensos.
- 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos Diabéticos.

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos; Monitorar a realização do exame dos pés nos usuários com DM; Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS e de acordo com a periodicidade recomendada; Monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular das pessoas com hipertensão e diabetes e Monitorar as pessoas hipertensas e/ou diabéticas que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O médico ou a enfermeira preencherão a cada consulta as Fichas Espelho de forma que se possa identificar a realização dos exames. Ainda, iremos realizar o preenchimento da planilha, para identificar bem os usuários que estejam com exame completo e àqueles que precisam. Iremos contar com o dentista para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Iremos pedir auxílio para o gestor para que os exames complementares sejam oferecidos de forma prioritária, pois a lista de espera é longa. Em relação ao monitoramento dos medicamentos, isso é rotina na UBS e será cumprido.

Eixo Organização e Gestão do Serviço:

Ações: Definir as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos; Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS para pessoas com hipertensão e/ou diabetes; Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais; Dispor de versão atualizada de protocolo na UBS para pessoas com hipertensão e/ou diabetes; Garantir a solicitação de exames complementares para pessoas com hipertensão e/ou diabetes; Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e priorização dos usuários alvo; Realizar controle de estoque incluindo validade do medicamento; Manter um registro das necessidades dos medicamentos das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na UBS; Organizar ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ou diabetes e Organizar a agenda de saúde bucal para realização de atendimento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: O médico será o responsável pela capacitação e utilizará o protocolo oficial do Ministério da Saúde. Iremos conversar com o gestor sobre a necessidade de apoio, principalmente, em relação aos exames complementares. O médico e a enfermeira, em cada final de mês, observarão os prontuários dos atendimentos feitos por todos os profissionais e verificarão se os mesmos estão seguindo as orientações dadas nos protocolos. O controle de estoque (inclui validade) dos medicamentos será realizado por um dos ACS, já capacitado para isso e trabalhará em parceria com o farmacêutico. Solicitarei auxílio aos dentistas da UBS para que haja reorganização da agenda e para dar prioridade aos usuários que tenham necessidade de atendimento odontológico.

Eixo Engajamento Público:

Ações: Orientar a comunidade em relação aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes; Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes quanto a necessidade de realização de exames complementares e periodicidade em que devem ser feitos; Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/ HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso e Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal especialmente das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Iremos conversar com a comunidade sobre os riscos das doenças cardiovasculares e neurológicas oriundas da HAS e DM, reforçar a necessidade de realizar os exames complementares, buscar os medicamentos na Farmácia Popular e a importância da saúde bucal. As orientações ocorrerão durante consultas individuais, encontros e visitas domiciliares. Todos os membros serão convidados a participar destas ações.

Eixo Qualificação da Prática Clínica:

Ações: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado; Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares; Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes; Capacitar a equipe para orientar aos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamento na Farmácia Popular/ HIPERDIA e

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico para pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Iremos propor reuniões com os profissionais e iremos realizar a capacitação com apoio da enfermeira, com a leitura do protocolo oficial e discussão da importância do seguimento para o serviço e usuários.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos usuários hipertensos e/ ou diabéticos ao programa.

3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Eixo Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Iremos realizar o monitoramento das atividades previstas conforme o protocolo. Utilizaremos o protocolo e o monitoramento será de responsabilidade da enfermeira.

Eixo Organização e Gestão do Serviço:

Ações: Organizar visitas domiciliares para buscar aos usuários faltosos e Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: após identificarmos um usuário que faltou à consulta, iremos comunicar ao ACS para realizar a busca ativa; iremos organizar a agenda para que os usuários faltosos possam ser assistidos o mais brevemente possível.

Eixo Engajamento Público:

Ações: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltosos) e Esclarecer as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Através do contato com a comunidade, por consultas, atividades coletivas e VD, iremos ofertar orientações sobre a importância de realização das consultas; bem como evitar a evasão.

Eixo Qualificação da Prática Clínica:

Ações: Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com hipertensão e/ou diabetes quanto a realizar suas consultas e suas periodicidades.

Detalhamento: Iremos realizar a capacitação, durante as reuniões semanais, assim, durante toda a intervenção, estaremos discutindo aspectos do protocolo e reforçando a necessidade de seguir à risca para que os usuários sejam bem assistidos.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

4.1. Manter ficha de acompanhamento dos 100% dos usuários hipertensos cadastrados na UBS.

4.2. Manter ficha de acompanhamento dos 100% dos usuários diabéticos cadastrados na UBS.

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar a qualidade dos registros dos hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS.

Detalhamento: Pretendemos melhorar a qualidade dos registros de informações do programa mantendo estes atualizados durante as consultas, permitindo identificar as deficiências do atendimento para assim corrigir. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira.

Eixo Organização e Gestão do Serviço:

Ação: Manter as informações do SIAB / e-SUS atualizadas; Implantar a ficha de acompanhamento; Implantar a ficha de acompanhamento; Pactuar com a equipe o registro das informações; Definir responsável pelo monitoramento dos registros e Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto a atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Iremos avaliar o andamento da intervenção e semanalmente, tentaremos discutir com os outros membros da equipe. A enfermeira será a principal responsável por manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) bem preenchido. As fichas espelhos disponibilizadas pelo curso e o livro de registros de hipertensos e diabéticos serão monitorados todas as semanas pelo médico e enfermeira. A enfermeira organizará um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação das doenças. na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Eixo Engajamento Público:

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Iremos informar aos usuários sobre os direitos durante consultas individuais, VD e coletivas.

Eixo Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento aos usuários hipertensos e diabéticos e Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: O médico será o responsável pela capacitação da equipe junto da enfermeira durante toda a intervenção. A idéia é aproveitar todas as semanas para discutir e enfatizar a importância do registro adequado.

Objetivo 5. Mapear usuários hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários hipertensos cadastrados na UBS.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na UBS.

Eixo Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de, pelo menos, uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: O monitoramento semanal será realizado pelo médico ou enfermeira.

Eixo Organização e Gestão do Serviço:

Ações: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e Organizar agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Teremos consultas diárias (demanda espontânea) para avaliar os usuários. Os usuários com alto risco cardiovascular serão encaminhados para atendimento médico. A organização da agenda será de responsabilidade da enfermeira.

Eixo Engajamento Público:

Ações: Orientar os usuários sobre seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle dos fatores de risco modificáveis (como alimentação, atividade física, etc.).

Detalhamento: Através das palestras, conversas, consultas individuais e visitas domiciliares, trabalharemos com informações, prevenção e promoção de saúde. Todos os profissionais serão convidados a participar das ações

Eixo Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de *Framingham* ou de lesões em órgãos alvo; Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação e Capacitar equipe quanto a estratégias de controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: A enfermeira e o médico serão os responsáveis pela avaliação de risco dos hipertensos e diabéticos. A capacitação ocorrerá durante toda a intervenção.

Objetivo 6: Promover saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

- 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável aos 100% dos usuários hipertensos.
- 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável aos 100% dos usuários diabéticos.
- 6.3. Garantir orientação adequada em relação à prática regular de atividade física aos 100% dos usuários hipertensos.
- 6.4. Garantir orientação adequada em relação à prática regular de atividade física aos 100% dos usuários diabéticos.
- 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo aos 100% dos usuários hipertensos.
- 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo aos 100% dos usuários diabéticos.
- 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal aos 100% dos usuários hipertensos.
- 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal aos 100% dos usuários diabéticos.

Eixo Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos, de atividade física, sobre riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão os responsáveis pelo monitoramento das ações do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes *mellitus* na UBS, incluindo as atividades de orientação nutricional aos usuários hipertensos e diabéticos. Também convidaremos o pessoal do NASF para participarem. Queremos contar com apoio do dentista para orientações sobre higiene bucal (dentes e próteses).

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações: Organizar práticas coletivas de alimentação saudável; demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade; organizar práticas coletivas para orientação de atividade física; Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade; Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério de Saúde e Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Já conversamos com os gestores sobre a importância de termos apoio para a realização da intervenção. Iremos convidar outros profissionais para participarem da intervenção, como a nutricionista do NASF. Iremos tentar contar com educador físico também e odontólogo. Iremos falar com o gestor sobre a possibilidade de compra de medicamentos para abandono do fumo, porém, isso poderá ser difícil.

Eixo Engajamento público:

Ações: Orientar pessoas com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável e a necessidade de uma dieta específica no tratamento da diabetes; Orientar pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento destas doenças; Orientar pessoas com hipertensão e/ou diabetes que são tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares sobre a importância de higiene bucal.

Detalhamento: realizaremos orientações tanto para os indivíduos quanto suas famílias, como durante as consultas individuais, visitas domiciliares e atividades coletivas (na própria UBS ou outro local a ser definido).

Eixo Qualificação da Prática Clínica:

Ações: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde; bem como o tratamento de usuários tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde e orientações de higiene bucal.

Detalhamento: A capacitação será realizada durante toda a intervenção e terá como responsáveis o médico e a enfermeira.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS.

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos Hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes *mellitus* da unidade de saúde

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes *mellitus* da unidade de saúde

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde

Metas 1.2: Cadastrar 60% dos Diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos na UBS.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos Hipertensos cadastrados.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos Diabéticos cadastrados.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada três meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3: Proporção de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos Hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5: Garantir a 100% dos Diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos Hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ HIPERDIA.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos Diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.7: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ HIPERDIA.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos Hipertensos.

Indicador 2.8: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos Diabéticos.

Indicador 2.9: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de usuários hipertensos e/ou diabéticos ao programa na UBS.

Meta 3.1: Buscar 100% dos Hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos Diabéticos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações dos usuários hipertensos ou diabéticos na UBS.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento e prontuário aos 100% dos Hipertensos cadastrados na UBS.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento e prontuários aos 100% dos Diabéticos cadastrados na UBS.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos Hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos Diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos na UBS.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos Hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos Diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários Hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários Diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários Hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários Diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários Hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários Diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção na ação programática de atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes *mellitus*, a equipe vai adotar como Protocolo os Cadernos nº 36 e 37 do Departamento de Atenção Básica Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes *mellitus* e Hipertensão Arterial, publicados em 2013 pelo Ministério da Saúde. Segundo o CAP, para a população de 6403 pessoas, na UBS estão cadastrados 391 usuários com hipertensão (29% da cobertura) e 128 diabéticos (34%).

Importante reforçar que antes da intervenção, não havia consultas de acompanhamento para os usuários com HAS e DM. Eles, sim, compareciam à UBS para renovar a receita dos medicamentos.

Para realizar o cadastro dos usuários com hipertensão ou diabetes do programa precisamos de registros com as diversas informações da intervenção, para isso vamos providenciar a impressão de 728 fichas espelho de usuários com HAS ou DM. Pediremos auxílio ao gestor.

Iremos realizar, semanalmente, reuniões com todos os profissionais convidados, para começarmos a discussão do projeto e dos Protocolos oficiais. Além das leituras, iremos avaliar o preenchimento da ficha espelho disponibilizada pelo curso (Anexo A), a planilha de coleta de dados (PCD) (Anexo B) e avaliar a qualidade dos prontuários. Iremos escolher um responsável, provavelmente, será o médico para monitorar e arquivar as fichas e prontuários. As capacitações ocorrerão na própria UBS e provavelmente, serão as sextas-feiras, com duração de uma hora. Convidamos todas as duas equipes para participarem, mas até o momento, só a equipe aceitou realizar a reorganização do serviço. Todo o trabalho da Universidade Federal de Pelotas está registrado no Comitê de Ética da Instituição (Anexo C).

Em relação ao monitoramento dos indicadores da intervenção, o acompanhamento da coleta dos dados será realizado semanalmente, os dados serão armazenados e processados na PCD, que vai dar uma estimativa do trabalho e assim vamos ter uma noção de quanto falta para completar as atividades. Responsáveis: enfermeira e médico.

Para que haja atendimento maior dos usuários, haverá reorganização da agenda e contaremos com mais dois dias (segundas e quartas-feiras) para a consulta dos usuários. A partir daí, iremos informar a comunidade por meio das visitas domiciliares, para que compareçam à UBS, já que terão prioridade de atendimento. Outros locais que iremos usar para chamar a comunidade são a Igreja, associação de moradores, supermercados localizados no Bairro e centros educativos. Os responsáveis serão todos da equipe, mas principalmente, os ACS.

Iremos providenciar e/ou confeccionar um panfleto para a comunidade sobre orientações. Solicitaremos auxílio ao gestor para a impressão dos mesmos. A construção do folheto ficará a cargo da enfermeira e do médico.

O acolhimento dos usuários que buscarem o serviço será realizado pelas técnicas de enfermagem e com o envolvimento de todos os profissionais da equipe de saúde.

Em relação aos exames realizados, todos os profissionais estarão aptos a atender os usuários conforme os Protocolos e todas as ações serão monitoradas mediante avaliação das fichas e prontuários pela enfermeira. Semana a semana se monitorará a intervenção e se detectaram os usuários faltosos, que serão procurados pelos agentes comunitários.

Os usuários com fator de risco cardiovascular importante serão priorizados suas consultas de acompanhamento. Se agendaram cada 15 dias.

As atividades educativas vão fazer desenvolvidas pelo médico antes da avaliação dos pacientes nas consultas e reuniões convidadas pelo médico e enfermeira, além disso a equipe dará apoio nesta atividade nas visitas a centros educativos e shopping da área de abrangência.

Serão disponibilizados horários na agenda do dentista para garantir o acesso dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de nossa área, tanto para o tratamento odontológico como nos casos de urgência/emergência odontológica. Para garantir que todos sejam avaliados, possivelmente, o médico fará avaliação da necessidade de atendimento odontológico após conversar com o dentista, tudo com o fim de alcançar uma maior cobertura neste indicador nos três meses da intervenção.

2.3.4 Cronograma

[illegible]

3 Relatório da Intervenção

É tempo de realizar a avaliação da intervenção após 12 semanas de intenso trabalho junto à equipe.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

As ações foram cumpridas integralmente. Nas reuniões da equipe semanalmente, estudaram-se os protocolos para atendimento de usuários com HAS e DM. Neste mesmo momento, definimos o papel e atribuição de cada profissional. Os ACS também foram capacitados para a busca ativa, em relação às orientações também para os usuários. Importante ressaltar que os ACS também se dedicaram ao cadastramento dos usuários de forma integral e positiva.

As capacitações foram realizadas todas as sextas-feiras e aproveitávamos o momento para monitorar os indicadores por meio da Planilha de Coleta de Dados.

Antes da intervenção, não tínhamos registro e a partir da intervenção, o serviço está mais organizado e sistematizado.

O processo de comunicação e sensibilização da comunidade e a procura por apoio para captar usuários com hipertensão e diabetes foi feito em várias ocasiões, visitando escolas, supermercados, centro comercial e reuniões. O médico e a enfermeira buscaram realizar as atividades com o objetivo de fomentar a participação da comunidade na intervenção e aproveitamos também diferentes momentos para fazer propaganda do serviço, como 'Novembro Azul' e a 'Semana do Idoso' (Figura 1). Ainda, durante o mês de Dezembro, houve realização de atividade em um Centro Comercial (prevenção do HIV) e aproveitamos também para divulgar a intervenção e mais ainda, a importância do diagnóstico precoce para os usuários com HAS e DM.



Figura 1 – Entrega de Material Informativo realizada no Centro Comercial
Fonte: Arquivo Próprio

Na UBS, não temos um espaço amplo para a realização de atividades coletivas grandes, então, algumas ações foram mais individuais. Realizamos também a distribuição de fôlder confeccionado de forma clara para os usuários (Figura 2).

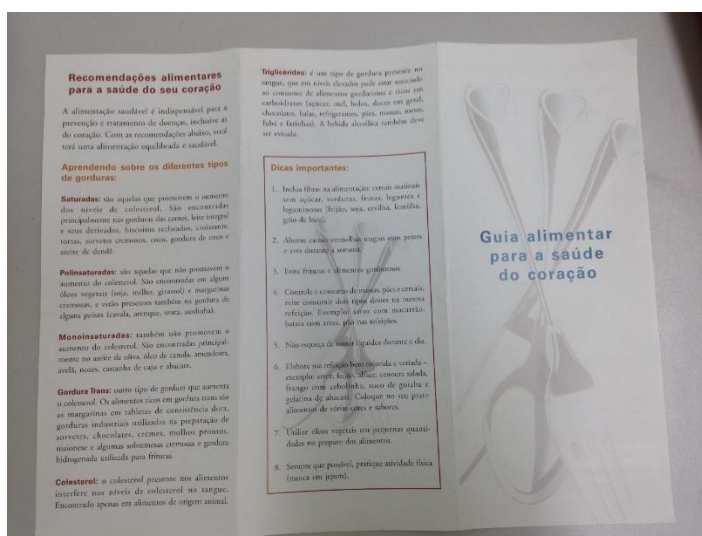


Figura 2 – Fôlder informativo
Fonte: Arquivo Próprio

As marcações das avaliações foram realizadas sem prejudicar outras ações programáticas da agenda da equipe. Neste sentido foi necessário um ajuste na rotina de trabalho para o bom andamento da intervenção, como por exemplo, aumentar o tempo de avaliações, assim, passamos de uma tarde de avaliação a duas tardes por semana. Cabe ressaltar que as metas não foram cumpridas pela não adesão da outra equipe à intervenção, pois a médica da outra equipe só trabalha 20 horas por semana

e não pôde participar da intervenção porquê no seu tempo só consegue dar conta do assistencial, controle pré-natal, controle de desenvolvimento e crescimento, câncer do colo uterino e visita domiciliar. Tentamos solucionar a situação, com a gestora da UBS, porém, não tivemos êxito, porque não depende da sua governabilidade. A gestora e a medica solicitaram aumento da carga laboral a 40 horas semanal, mas não tem resposta ainda da prefeitura.

Os atendimentos relativos aos usuários com HAS e DM, foram realizados, duas vezes na semana tanto para aumentar a cobertura quanto para que mais usuários fossem assistidos de forma mais qualitativa e resolutive.

Nas reuniões da equipe nas sextas feiras, se fazia monitoramento da intervenção. Identificamos os usuários faltosos e ativávamos sua busca por parte dos agentes comunitários que acudiam pessoalmente a suas residências e perguntavam pelo acontecido e reagendar essa consulta.

Tivemos dificuldades, pois durante a intervenção, técnicas de enfermagem entraram em greve; os exames complementares foram pedidos para todos, porém, alguns ainda não conseguiram realizá-los e na saúde bucal, houve um problema e ficamos sem dentista para participar da intervenção. No caso, trabalhamos ainda com a saúde bucal e a Secretaria de Saúde contratou três técnicas de enfermagem para realizar as ações na UBS e na intervenção.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações foram desenvolvidas, apesar de limitações já apontadas anteriormente.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Tivemos dificuldades iniciais de preenchimento, porém, tudo foi corrigido com auxílio da orientadora.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A continuidade da ação programática está garantida pelo apoio da equipe, da gestora e da comunidade.

Os registros estão mais organizados e já fazem parte da rotina, assim, teremos a manutenção de informações com maior qualidade e precisão.

Temos que continuar trabalhando para que mais usuários possam comparecer ao serviço e serem bem assistidos e que outras ações possam ser reorganizadas e melhoradas.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Depois de ter finalizado a intervenção agora é possível apresentar os resultados conseguidos através do trabalho desenvolvido nos três meses da intervenção na UBS Santa Catarina, no município de Natal, RN. O trabalho teve como propósito melhorar a atenção e assistência aos usuários adultos portadores de HAS e/ou DM mediante ações desenvolvidas junto com a equipe de saúde.

A seguir, apresentam-se os resultados com avaliação em conjunto de cada um dos indicadores que foram utilizados para mensurar o serviço.

Resultados referentes ao objetivo de ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1 – Cadastrar 60% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes mellitus da UBS. Indicadores – Cobertura de atendimento do programa de atenção ao hipertenso e diabético na unidade de saúde.

Durante os meses da intervenção, tivemos 182 hipertensos cadastrados no primeiro mês (18,7%), 288 no segundo mês (29,6%), no terceiro mês, alcançamos 370 hipertensos cadastrados (38%) (Figura 3). Para DM, foram cadastrados no mês 1 62 (25,8%), no mês 2 101 (42,1%) e no mês 3 121 (50,4%) (Figura 4). Esses valores estão muito aquém da meta estabelecida, que era de 60% dos usuários com HAS e DM da unidade. Somos duas equipes e só nossa equipe participou da intervenção.

Houve pedido de aumento da carga horária de outro profissional para que futuramente, as duas equipes participem igualmente da intervenção. Tivemos uma participação ativa e muito boa da comunidade mas eu acho que também influenciou no resultado final, o não ter conselho local de saúde na área de abrangência, porque a traves dele poderia se conscientizar ainda mais a comunidade na participação da intervenção. Temos que continuar realizando a busca ativa aos usuários e divulgando o Programa para a comunidade.

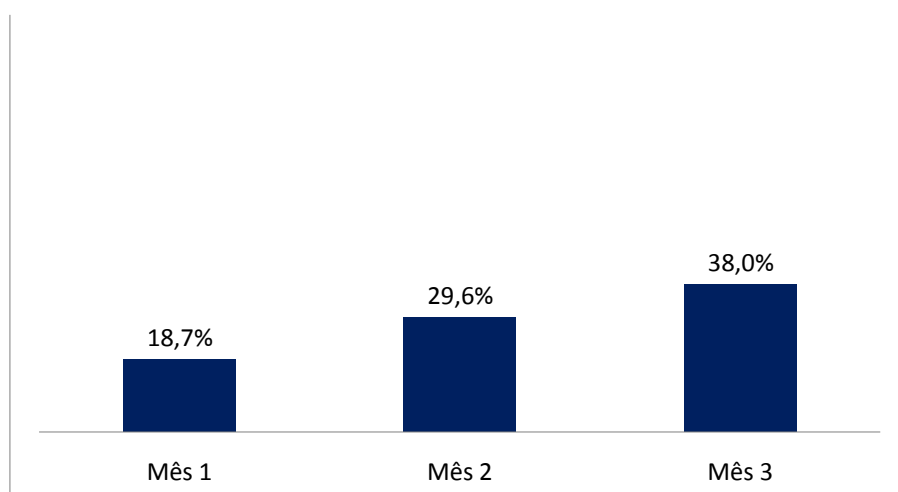


Figura 3: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde
Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final.

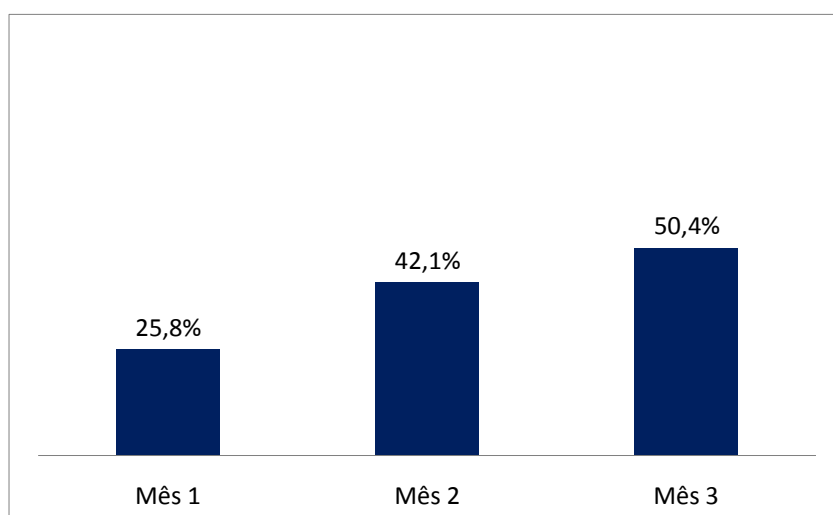


Figura 4: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final.

Resultados referentes ao objetivo de melhorar a qualidade do atendimento do hipertenso e/ou diabético ao programa

Meta 2.1 – Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 2.1 – Proporção de hipertensos e diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Conseguimos realizar o exame clínico apropriado em todos os usuários com HAS e DM. Isso foi uma proposta importante, pois seguimos os protocolos oficiais, assim, todos os usuários foram bem assistidos por todos da equipe. Usuários com HAS (mês 1, 2 e 3, foram respectivamente, 182, 288 e 370 – 100%) e para DM, foram 62, 101 e 121, respectivamente – 100%.

Meta 2.2 – Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.2.1 – Proporção de hipertensos / Diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Houve a solicitação de exames complementares para todos os usuários da intervenção, atingindo 100% em todos os meses, tanto para usuários com HAS quanto com DM. O que dificultou foi a demora em realizar o exame complementar, e pedimos auxílio na priorização à gestão para resolver isso, porém a prefeitura já estava contratando com alguns centros médicos privados a realização de exames complementares para diminuir a grão lista de espera de alguns exames para todos os usuários do SUS. Além disso alguns usuários decidiram fazer esses exames particularmente. Então foi alcançado o 100% da realização dos exames complementares na intervenção ao final do último mês. Como a ação programática está estabelecida na rotina da unidade, continuaremos com o monitoramento do retorno dos usuários com resultados dos exames que usualmente são os faltosos.

Meta 2.3 – Garantir a 100% dos diabéticos o exame dos pés.

Indicador 2.3.1 – Proporção de diabéticos com exame dos pés realizados.

Conseguimos realizar o exame dos pés em todos os usuários com DM. Mês 1 (62, 100%), Mês 2 (101 – 100%) e Mês 3 (121 – 100%). Buscamos assistir a todos os usuários com DM, pois sabemos que o pé diabético engloba quaisquer alterações neurológicas, ortopédicas, vasculares e infecciosas, assim, o cuidado deve ser o mais qualitativo possível.

Meta 2.4. – Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.4.1 – Proporção de hipertensos / diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da farmácia popular

Alcançamos a meta para todos os usuários tanto para HAS quanto para DM. Todos os usuários que foram assistidos durante a intervenção e que precisavam de medicação para o controle da hipertensão e da diabetes foram priorizados. Tivemos importante apoio da gestão, melhorando o estoque dos medicamentos para hipertensão e diabetes durante a intervenção que ao início do curso da especialização eram insuficientes.

Meta 2.5 – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 2.5.1 – Proporção de hipertensos / diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Conseguimos realizar avaliação de necessidade de atendimento odontológico em todos os usuários da intervenção (100% em todos meses). O dentista que estava na nossa equipe foi transferido e até hoje, não temos substituto, então, a avaliação foi realizada pelo médico.

Resultados referentes ao objetivo de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3 – Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1 – Proporção de hipertensos / diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Durante a intervenção, a busca ativa de usuários hipertensos faltosos a consulta no primeiro mês não foi necessária realizá-la porque todos os agendados assistiram a consulta. No segundo mês, todos os faltosos foram buscados (100%) e no mês 3 também. Em relação aos usuários com DM, não tivemos faltosos no mês 1 e nos meses seguintes, eles foram buscados também (100%) (Figura 5). É importante acrescentar a evolução numérica que tivemos neste indicador ao qual posso dizer que no primer mês não foi necessário fazer busca ativa dos usuários como explique antes porque todos os agendados foram avaliados, no segundo mês realizamos busca ativa de 128 usuários faltosos e no terceiro mês 272 usuários foram procurados.

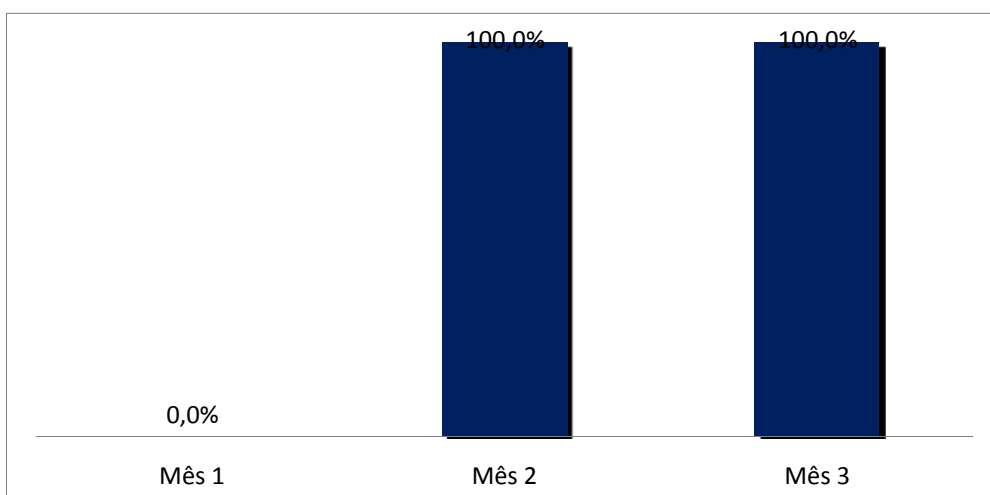


Figura 5 - Proporção de hipertensos / diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final.

Resultados referentes ao objetivo de melhorar o registro das informações do hipertenso e/ou diabético ao programa

Meta 4 – Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1 – Proporção de hipertensos / diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Conseguimos realizar acompanhamento e registro adequado de todos os usuários da intervenção. HAS (182, 288 e 370 – 100%) e DM (62, 101 e 121 – 100%).

Trabalhamos em conjunto com toda a equipe, destaque para os ACS que realizaram o cadastro e ajudaram no preenchimento dos registros.

Resultados referentes ao objetivo de mapear o risco para doença cardiovascular do hipertenso e/ou diabético ao programa.

Meta 5 – Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1 – Proporção de hipertensos / diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

No mês 1, dos 182 usuários com HAS, 121 (69,2%) realizaram avaliação de risco cardiovascular; no mês 2, de 288 com HAS, 250 (86,8%) e no último mês, dos 370 com HAS, todos foram avaliados (100%) (Figura 6). Para usuários com DM, dos 62 usuários no mês 1, 44 (71%) foram avaliados, no mês 2, de 101, 89 foram avaliados (88,1%) e no mês 3, de 121, todos foram avaliados (100%) (Figura 7). Iremos melhorar e realizar a estratificação de risco cardiovascular, pois entendemos que ela faz parte do protocolo oficial. Nos meses 1 e 2 a estratificação não foi realizada em todos os usuários porque muitos usuários não conseguiam fazer todos os exames requeridos.

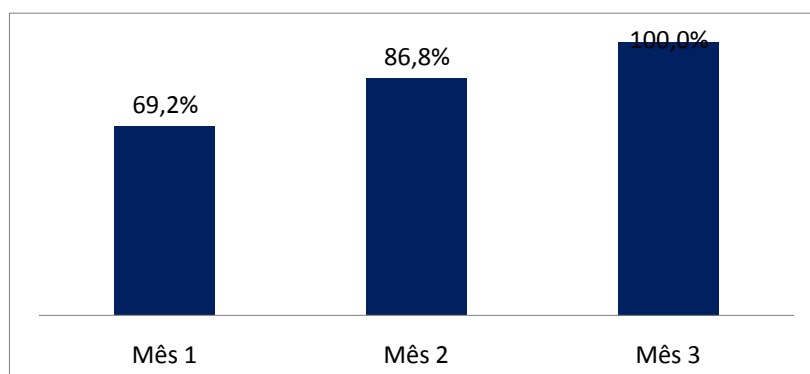


Figura 6 - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final

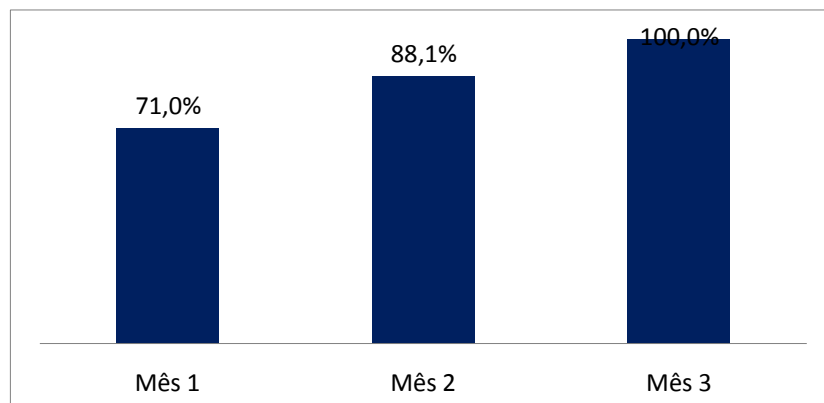


Figura 7 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final

Resultados referentes ao objetivo de ampliar a promoção da saúde aos hipertensos e/ou diabéticos do programa.

Meta 6 – Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, sobre riscos do tabagismo e higiene bucal a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.1– Proporção de hipertensos / diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Indicador 6.1.2 - Proporção de hipertensos / diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Indicador 6.1.3 - Proporção de hipertensos / diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Indicador 6.1.4 - Proporção de hipertensos / diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Conseguirmos ofertar a todos os usuários orientações sobre alimentação saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal (dentes e próteses). As orientações foram ofertadas durante as consultas individuais, as visitas domiciliares e atividades coletivas (como na sala de espera). Distribuímos fôlder também para a comunidade sobre os temas citados acima. Apesar de não termos dentista na intervenção, orientamos sobre higiene bucal, pois é dever de qualquer profissional de saúde ter conhecimentos para reforçar o autocuidado.

4.2 Discussão

Continuando com a avaliação da intervenção, vamos a passar à discussão dos resultados, em especial falaremos da importância dos resultados finais da intervenção, para a comunidade, para o serviço e para os profissionais da saúde da unidade básica. Vou começar fazendo um resumo do alcançado com a intervenção. Nosso trabalho de intervenção ajudou a identificar a população alvo, melhorar os cadastros destas pessoas, conseguindo com isso a melhora da cobertura.

Em relação ao impacto da intervenção para a equipe. Houve maior integração e espírito de coletividade. Quando eu cheguei à Unidade de Saúde Santa Catarina, eu percebi que a equipe não se articulava muito bem e não havia reuniões de equipe. A melhora no relacionamento impactou positivamente as atividades realizadas, como as visitas domiciliares. Houve reorganização das funções e equilíbrio nas atribuições. A capacitação realizada todas as semanas também qualificou mais ainda o trabalho dos profissionais, agora, sim todos conhecendo e seguindo os protocolos oficiais.

Em relação ao impacto da intervenção para o serviço. A ação programática para usuários com HAS e DM era uma das mais desorganizadas e não sistematizadas. Não tínhamos acompanhamento e monitoramento das ações realizadas, pois os usuários não tinham esta oferta e só compareciam à UBS para a coleta de medicamentos. Agora, eles têm prioridade de atendimento, há realização de ações mais qualificadas, houve melhora substancial quanto ao registro com o uso da ficha espelho, que possibilitou um maior cuidado e correto acompanhamento.

Em relação ao impacto da intervenção para a comunidade. Os usuários estão mais satisfeitos e se sentem valorizados, pois antes da intervenção, não havia este cuidado e acompanhamento. Já tivemos casos de usuários que estavam descompensados e foram identificados a tempo, assim, estamos cuidando melhor dos usuários. Precisamos solidificar a realização de atividades coletivas, fora e dentro da UBS, para que eles se conscientizem mais da importância deles no autocuidado, diagnóstico e acompanhamento.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção nesse momento. Eu buscaria mais parceiros para a realização de atividades coletivas, como por exemplo convidar à UBS alguns médicos especialistas em cardiologia, endócrino e nutrição

para qualificar ainda mais estas atividades coletivas tipo educacionais de promoção e prevenção, além disso faria mais propaganda do Programa, talvez em outros meios, como o rádio. Acredito que com a incorporação da outra equipe, mais usuários poderão ser assistidos com qualidade e resolutividade.

Em relação à viabilidade de incorporar a intervenção à rotina do serviço / melhorias devem ser realizadas. A ação programática reorganizada e qualificada já faz parte da rotina e os usuários mostram-se satisfeitos e pedem a continuidade do cuidado. Temos o apoio da gestão para continuar com o serviço qualificado. O que é preciso ser mudado é melhorar a marcação dos exames complementares, pois a comunidade ainda carece deste exame ser realizado de forma mais rápida.

Quais os próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço. Contar com outra equipe para o trabalho, assim, como se pensar em outras ações programáticas que também precisam ser qualificadas. Devemos retomar o assunto dos exames complementares com a gestão e realizar mais atividades com a comunidade para o engajamento público.

5 Relatório da intervenção para gestores

Este relatório tem por objetivo apresentar para os gestores como ocorreu a implementação do Projeto de Intervenção para a Melhoria da atenção à saúde de usuários com HAS e DM na UBS Santa Catarina, no município de Natal / RN, sob responsabilidade do médico Jorge Elías Pájaro do Programa Mais Médicos, como parte das atividades da Especialização em Saúde da Família pela UFpel/UNASUS, a qual teve duração de 12 semanas.

Antes da intervenção iniciar, notamos que havia necessidade de melhorias na atenção e assistência destinadas aos usuários. Não havia acompanhamento adequado das ações e os usuários só iam até a UBS para buscar medicamentos e não eram assistidos de forma integral e com qualidade. Além disso, havia deficiências quanto ao registro, desfavorecendo assim o correto e adequado monitoramento. A prevenção também não fazia parte da UBS e sim só oferta de medicamentos. Então, propusemos reorganizar a ação programática, visando que os usuários tivessem melhor cuidado, desde as consultas individuais (exames) até coletivas (engajamento público, educação, prevenção e promoção de saúde).

Os resultados alcançados foram muito bons, houve oferta de orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal. Conseguimos conversar com os usuários durante as consultas individuais, momentos coletivos (como sala de espera) e durante as visitas domiciliares). Conseguimos cadastrar 370 usuários com Hipertensão (cobertura de 38%) e 121 usuários com Diabetes (cobertura de 50,4%). Lembremos que antes da intervenção segundo o CAP temos na área de abrangência 1327 usuários com HAS e somente 391 registrados (cobertura de 29%) e 379 com DM com 128 cadastrados na farmácia da unidade (cobertura de 34%), então observando os resultados finais e comparando com os dados iniciais podemos concluir que a intervenção teve um impacto importante na população alvo. Isso foi resultado de um trabalho em conjunto, com toda a equipe, realização de busca ativa aos usuários faltosos e propaganda da importância do Programa para a comunidade. Realizamos atividades em supermercados, associação de moradores e Igreja.

Ressaltamos que tivemos o apoio da gestão de forma fundamental. Tivemos disponível medicamentos e reorganizamos a agenda para dar prioridade aos usuários com HAS e DM. O que precisamos melhorar é em relação aos exames

complementares, pois a lista de espera é grande para realizá-lo. Também não tivemos o profissional dentista como estava previsto, pois ele foi transferido para outra unidade, mesmo assim, pensando na saúde global do usuário, fizemos avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Acreditamos que a intervenção com usuários com HAS e DM já faça parte da rotina da UBS, assim, o objetivo é continuar com atendimento qualificado para todos, conforme os princípios Universalidade e Integralidade do Sistema Único de Saúde.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

À comunidade

Gostaríamos de compartilhar com vocês o resultado da intervenção realizada na UBS Santa Catarina, em Natal / RN com o objetivo de qualificar o cuidado recebido pelos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (pressão alta) e Diabetes *mellitus* (sangue doce).

Antes da reorganização do serviço, tínhamos deficiências que dificultavam a realização de um bom trabalho. Não havia acompanhamento adequado das ações e vocês (a comunidade) só ia até a UBS para buscar medicamentos e não eram assistidos de forma integral e com qualidade que merecem. Além disso, havia deficiências quanto ao registro, ou seja, não tínhamos dados das ações e como era o atendimento de vocês (os usuários). As atividades de prevenção e promoção de saúde eram praticamente inexistentes e não havia reuniões de equipe.

Tivemos apoio da gestão e trabalhamos em equipe para que vocês tivessem um cuidado mais qualificado. Conseguimos cadastrar 370 usuários com Hipertensão (cobertura de 38%) e 121 usuários com Diabetes (cobertura de 50,4%). Isso foi resultado de um trabalho em conjunto, com toda a equipe, realização de busca ativa aos usuários faltosos e propaganda da importância do Programa para a comunidade. Referente à busca ativa posso dizer que no primeiro mês todos os usuários agendados ficaram na consulta avaliação, mas no segundo mês tivemos 128 faltosos e no terceiro mês 272 faltosos, então precisamos da sua ajuda para conscientizar mais a população da importância desta avaliação e acompanhamento dos usuários com hipertensão e diabetes. Que alguns vezes temos algum problema para retornar à consulta como por exemplo não conseguir ter pronto alguns exames complementários, mas devemos voltar a UBS sempre para informar isso na consulta e equipe tentar com a gestora da unidade dar solução. Buscamos conversar com vocês em todos os momentos possíveis, lá no novembro Azul, no mês de dezembro para a Prevenção do HIV, nos supermercados e na Igreja.

Pelos nossos encontros, notamos que vocês estão mais satisfeitos com o serviço oferecido na UBS, pois agora, vocês têm prioridade no atendimento; reorganizamos a agenda; apesar de não termos dentista agora na UBS, vocês ainda são avaliados e recebem orientações de higiene bucal (dentes e próteses) por mim.

É importante continuar contando com apoio de vocês, pois as consultas devem fazer parte da rotina de vocês, a realização dos exames, o comparecimento à UBS para que o médico avalie os resultados, assim, nós conseguiremos acompanhar bem vocês, diminuindo a chance de vocês terem graves problemas por causa da pressão alta e do sangue doce.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Minhas expectativas no início do curso eram muitas, porque era a primeira vez que fazia parte de uma equipe de estratégia de saúde da família. Tinha que ser um trabalho articulado com uma equipe multiprofissional e pensei que os problemas iam ser grandes, por causa de eventuais diferenças. A realidade foi diferente e melhor. Faço parte de uma equipe muito boa e que se comprometeu no desenvolvimento do curso, como na intervenção. Tivemos apoio da gestão para a realização da intervenção e isso mostra o quanto é importante a tríade – gestão, serviço e comunidade.

Em relação ao significado do curso de especialização de saúde da família para minha prática profissional é que também comecei a realizar atividades de prevenção e promoção de saúde e não somente assistenciais. Ver o agradecimento dos usuários pelo cuidado qualificado é muito bom, pois estamos contribuindo para o cuidado deles, bem como diminuimos as chances de problemas maiores por causa da Hipertensão e do Diabetes *mellitus*.

São muitos os aspectos positivos do curso, como as Unidades de Análise Situacional e Análise Estratégica. Eu nunca tinha tido ferramentas para realizar o diagnóstico da UBS e nem sabia como realizar planejamento de uma ação programática. Eu trabalhei durante dez anos na Espanha na área de Medicina da Família e jamais tinha realizado um trabalho desta magnitude. O que mais chamou a atenção foi que o trabalho envolveu vários eixos e todos eles são importantes para a qualificação do serviço. As atividades coletivas também foram proveitosas não só para a comunidade como para mim, pois somos referências e devemos tratar os usuários com horizontalidade e respeito.

A realização de casos interativos também foi positivo, pois muitos temas eram atuais e nos qualificavam para a prática clínica cada vez mais. A participação nos Fóruns também foi boa, pois dividíamos experiências com outros colegas e conhecíamos mais a realidade dos outros.

Quero expressar também meu agradecimento aos professores e coordenadores do curso, especialmente a minha orientadora Fabiana que com suas explicações e dicas enriqueceu meu conhecimento.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 120p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <ibge.gov.br>. Acesso em: 15 out. 2014.

Anexos

Anexo A – Ficha Espelho



PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____

Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não

Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____/_____/_____

Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não

Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible]

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS					
Data					
Glicemia de Jejum					
HGT					
Hemoglobina glicosilada					
Colesterol total					
HDL					
LDL					
Triglicerídeos					
Creatinina Sérica					
Potássio sérico					
Triglicerídeos					
EQU					
Infecção urinária					
Proteinúria					
Corpos cetônicos					
Sedimento					
Microalbuminúria					
Proteinúria de 24h					
TSH					
ECG					
Hemograma					
Hematócrito					
Hemoglobina					
vCM					

Anexo B - Planilha de coleta de dados

[illegible]

Anexo C – Documento do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a

Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Jorge Elias Pajaro Munoz), (Clinico Geral com RMS 2400040) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante